

UNIVERSITÉ DE PARIS
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

54

Année 1898

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 23 novembre 1898, à 1 heure

RECHERCHES CLINIQUES & MICROSCOPIQUES

SUR LA

SÉMÉIOLOGIE DE LA LANGUE

DANS LES

MALADIES INFECTIEUSES OU TOXIQUES

PAR

Maurice COFFINAS

Né à Janina (Turquie,) le 30 Septembre 1871

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

Président : M. POTAIN, Professeur

Juges : MM. } LANDOUZY, Professeur.
DUPRÉ, DESGREZ

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE. 23-25

1898

UNIVERSITÉ DE PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 23 novembre 1898, à 1 heure

RECHERCHES CLINIQUES & MICROSCOPIQUES

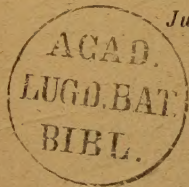
SUR LA

SÉMÉIOLOGIE DE LA LANGUE

DANS LES

MALADIES INFECTIEUSES OU TOXIQUES

PAR

Maurice COFFINAS*Né à Janina (Turquie,) le 30 Septembre 1871**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical**Président : M. POTAIN, Professeur**Juges : MM.**LANDOUZY, Professeur.**DUPRÉ, DESGREZ*

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LETULLE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MAUGLAIRE.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MARFAN.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MÉRY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WEISS.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WIDAL.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	WURTZ.
DESGREZ.	LEJARS.		

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR POTAIN

Membre de l'Institut.

Commandeur de la Légion d'honneur.

Membre de l'Académie de Médecine.

INTRODUCTION

L'examen de la langue dans les maladies est un procédé tellement ancien de diagnostic qu'il remonte à l'origine même de la médecine et se perd avec elle dans la nuit des temps. Il n'est pas un seul pathologiste de l'antiquité ou des temps modernes qui omette de mentionner les signes pronostiques ou diagnostiques tirés de cet examen. De nos jours encore, n'est-ce pas en quelque sorte le seul mode d'exploration que la généralité des médecins n'oublie jamais d'employer? Aussi ne venons-nous pas seulement défendre son importance, que personne n'attaque, mais la discuter; discuter surtout les interprétations fournies par les auteurs, des éléments séméiologiques que l'on y peut puiser et les conséquences pratiques tirées par les médecins de ces interprétations, qu'une observation suffisante aidée d'un nombre assez grand d'expériences comparatives n'a pas toujours confirmées. La tradition est continue depuis Hippocrate à Lasègue.

Hippocrate s'occupe des enduits surtout au point de vue du pronostic, et l'on peut dire que ces doctrines à cet égard n'ont pas encore beaucoup vieilli.

Écoutons maintenant ce que dit à ce sujet le maître Lasègue :

« La tradition qui obligeait le médecin, dès sa première entrevue avec le malade, à tâter le pouls et faire tirer la langue est quelque peu délaissée ; c'est une faute. La langue et le pouls fournissent des indications qu'aucune autre information ne saurait remplacer. S'ils ne renseignent sur la maladie, ils éclairent sur la tolérance et la résistance du malade à l'affection quelle qu'elle soit qui s'impose à lui.

On doit se renseigner de la coloration de la langue, de l'épaisseur et de la consistance de l'enduit qui la recouvre, de son étendue, de sa persistance. Ce ne sont rien moins que des signes réputés pathognomoniques, la pire de toutes les données. La langue ne dénonce pas la maladie, mais l'état du malade qui en est atteint.

Pour se rendre un compte suffisant des modifications qu'elle a subies, il ne suffit pas, comme on le fait habituellement, de l'inspection visuelle ; tout phénomène pathologique signalé par la vue doit être contrôlé par le toucher. On doit donc, après avoir vu, palper la langue comme on le fait de tout organe accessible à ce mode de recherche, promener le doigt sur la surface, prendre l'organe entre le pouce et l'index, en mesurer l'épaisseur et la résistance, le faire mouvoir entre les doigts préalablement humectés par de l'eau fraîche est d'une obligation rigoureuse. Outre que cette contre-enquête donne des documents nouveaux, elle oblige le médecin à ne pas se contenter d'un examen superficiel et fixe malgré lui son attention.

La même règle s'impose à toute investigation de

l'arrière-gorge et la langue est partie prenante de toutes les lésions pharynyées. Une amygdalite peut être rouge, volumineuse et molle, elle peut être indurée avec moins de volume et de rougeur. Entre ces conditions il n'y a ni identité ni parité. »

Mais avant d'étudier les variations pathologiques de l'organe, n'est-il pas nécessaire d'indiquer rapidement ce qu'est la langue normale et quelles sont les variations physiologiques que son aspect extérieur peut présenter.

Nous tenons également à bien marquer que nous n'entendons pas étudier les maladies linguales ou les localisations linguales des maladies générales ; pour préciser, le cancer de la langue ou la plaque muqueuse restent absolument en dehors de notre sujet. De même les ulcérations tuberculeuses, les ulcérations par chicot dentaire, etc.

Nous voulons seulement passer en revue les indications cliniques que fournit la langue dans les maladies en dehors de toute localisation sur cet organe, et montrer en quoi cet examen peut servir à préciser ou à établir le pronostic et même un diagnostic précis.

Donc après avoir étudié l'aspect de la langue et ses variations physiologiques, nous déterminerons le sens des variations de cet organe et nous passerons en revue les affections principales, en insistant surtout sur la scarlatine, la pneumonie et la fièvre typhoïde.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous sommes très heureux de profiter de l'occasion qui nous est offerte pour remercier les maîtres de Médecine qui nous ont guidé dans le cours de nos études médicales.

Que nos maîtres MM. les professeurs Tillaux, Schwartz, Panas, Hayem, Ballet, Jaccoud, Rendu, Pinart, et Monsieur le Docteur Dreyfus Drissac, reçoivent l'expression de notre plus vive reconnaissance.

Nous remercions aussi MM. Thiroloix, Achalme, Sam Lévy, Rosenthal, Fierson et Charles Martin de l'enseignement qu'ils nous ont donné, et de leur excellents conseils dans maintes de circonstances.

Nous témoignons notre profonde gratitude à M. le professeur Potain qui nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

I

ÉTAT ORDINAIRE DE LA LANGUE EN L'ABSENCE DE TOUTE MALADIE.

Dans l'état de santé la langue est molle, humide, lisse, fraîche, large, elle offre généralement une surface unie légèrement grenue dans sa pointe, de couleur rosée, excepté à sa base qui est plus ou moins blanchâtre. Elle offre un volume en rapport avec la cavité qui la renferme, est libre dans ses mouvements, et peut ainsi remplir avec l'admirable précision qu'on lui reconnaît, les fonctions nombreuses qui lui sont réparties. Les innombrables papilles qui hérissent sa surface et font de cet organe l'agent principal du goût sont à peine saillantes, et par leur souplesse et leur sensibilité sont merveilleusement aptes à percevoir l'impression tactile ou sapide des corps dont elles reçoivent le contact. Rappelons seulement que la face supérieure de la langue peut-être divisée en deux régions, une région antérieure est limitée par la pointe les bords latéraux, et le V lingual que dessine les papilles caliciformes une région postérieure s'étend en arrière du V lingual et va jusqu'à l'épiglotte; les replis glosso-

épiglottiques médiaux et latéraux en marquent la terminaison.

La région antérieure est essentiellement la région des papilles forgiformes et carolliformes, la région postérieure est riche en tissu lymphoïde.

C'est ce tissu qui prend le nom d'amygdale linguale forme avec les amygdales palatines et pharyngiennes, le cercle lymphoïde de protection de l'entrée du tube digestif.

Sur la face inférieure de la langue rappelons l'existence du filet ou frein de la langue, avec à sa partie moyenne l'embouchure des glandes sous maxillaires.

Cette face a une teinte violacée sur laquelle tranche la teinte bleuâtre des veines ranines.

Quant au bords de la langue ils sont en rapport avec l'arcade dentaire, ce qui nous explique bien des dépressions et empreintes que l'on trouve dans des cas normaux ou pathologiques.

VARIATION PHYSIOLOGIQUE DE L'ASPECT DE LA LANGUE.

Bien que, dans l'état de santé, la langue s'offre ordinairement à nous dans les conditions que nous venons d'indiquer, on le voit cependant, chez un certain nombre d'individus être le siège de modifications particulières qui n'indiquent aucun état morbide et qu'il faut se garder de confondre avec les altérations symptomatiques si l'on ne veut tomber dans de fausses inductions. Les états habituels ou passagers

dont nous voulons parler se rattachent à des circonstances inhérentes à l'individu ou qui lui sont étrangères.

Ce sont des colorations diverses par l'ingestion d'aliments, de boissons, de médicaments qui séjournent plus ou moins longtemps dans la bouche, cèdent une partie de leurs principes colorants aux villosités de la langue ou aux enduits qui la recouvrent. Telles sont la teinte *rouge violacée* ou *rouge brunâtre*, produites par le vin, l'extrait de réglisse, le chocolat, les pruneaux, le quinquina, la ratanhia etc., etc. La teinte *blanche* idiosyncrasique à quelques individus, qui la conservent toute leur vie et celle produite par le lait ; le *rouge* de la pointé, qui tient au refoulement du sang en avant par la contraction des muscles de la langue quand le malade la tire hors de la bouche.

Ce sont des enduits divers plus ou moins épais ordinairement blanchâtres ou légèrement jaunes, qu'on observe constamment chez quelques individus dans le meilleur état de santé, chez les personnes qui dorment après le dîner celles qui ont été soumises à une abstinence plus ou moins prolongée, qui ont abusé des boissons aqueuses et mucilagineuses, ou ont été soumises à l'usage trop souvent répété de purgatifs.

Telle est la sécheresse de la langue que l'on remarque chez les individus qui, durant le sommeil ou pendant la veille, ont pris l'habitude de respirer la bouche ouverte ou chez ceux dont la respiration nasale est momentanément, ou d'une manière plus ou moins durable interceptée par du sang, du mucus un corysa, un polype des fosses nasales, etc. Personne

n'ignore que la phonation, avec une émotion morale vive, l'abstinence prolongée des boissons, peuvent produire le même phénomène ; enfin certains médicaments de la classe des purgatifs, des toniques, des stupéfiants peuvent amener un léger état de sécheresse de la langue.

L'humidité de cet organe peut être factice et produite par l'ingestion de la tisane quelques instants avant l'arrivée du médecin.

On a vu la sensibilité spéciale ou gustative de l'organe être abolie congénitalement ou n'être que très obscure, très imparfaite ; chez certains vieillards le goût émoussé a participé à la dégradation successive des autres fonctions, il est également diminué chez plusieurs de ceux qui abusent des boissons alcooliques ou des mets trop épicés. Le goût d'amertume tient quelquefois uniquement à ce que le malade respire la bouche ouverte.

Enfin, disons que l'ingestion récente de boissons chaudes ou glacées pourrait faire croire à une élévation ou à un abaissement morbide de la température de cet organe, qui ne l'aidaient en aucune façon à l'état de maladie.

Telles sont les principales altérations physiologiques de la langue, qui dans quelques cas pourraient induire en erreur. Qu'il nous suffise de les avoir signalées pour n'avoir plus à en parler *dans le cours de ce travail*.

*Colorations et taches produites par des teintures
et des caustiques (1).*

Il n'est peut être inutile de donner ici sous forme de tableau les colorations et les taches que peuvent produire ces diverses teintures ou l'application des caustiques.

Symptômes négatifs tirés de l'aspect de la langue.

Sous ce titre, les auteurs du Compendium de médecine ont indiqué d'une manière générale les maladies dans lesquelles cet organe conserve ordinairement sa physionomie normale, il arrive, en effet, souvent, dans les maladies chroniques, et quelquefois dans les maladies aiguës que la langue conserve sa couleur et son humidité naturelles. Chez les hystériques, hypochondriaques et névropathiques en général, ce caractère négatif, tiré de l'inspection de la langue, sert chaque jour dans la pratique, à écarter l'idée d'une inflammation de la muqueuse

(1) *Noir.* — Encre, vin rouge, mûres, certaines espèces de cerises. Vin ferrugineux et autres préparations.

Brun. — Tabac, noix fraîches, prunes.

Rouge-brun. — Chocolat.

Jaune-safran. — Laudanum, rhubarbe.

Rouge. — Quinquina rouge, ratanhia, framboise, cerise.

Les effets des caustiques sont :

Gris-blanc. — Acide sulfurique, acide oxalique, acide phénique.

Jaune. — Acide nitrique (si l'action est superficielle) acide chromique.

Rouge. — Nitrate acide de mercure.

Gris-gélatineux. — Potasse caustique.

Blanc ou gris perle. — Nitrate d'argent, sublimé corrosif.

gastrique dont se plaignent si souvent les malades et ne pas se laisser abuser par des douleurs qu'ils ressentent au niveau de l'épigastre.

Ce phénomène s'observe notamment dans les névroses gastro-intestinales, qui sert à faire reconnaître dans le cancer de l'estomac, dans les affections peu avancées du cœur et des poumons dans les maladies chroniques, lorsque le mouvement fébrile est nul et peu intense.

Toutefois, l'on peut dire, avec les auteurs que nous venons de citer, qu'en général, dès que la fièvre s'allume et que la température générale du corps s'élève, la langue ne tarde pas à trahir cet état par quelque modification morbide, circonstance qui n'avait pas échappé à Baillou, qui dit dans ses épidémies. « Fleve quum lingua a licum quid en sese habet, tumant febvem suspicamur onet affectum a liquem pastiom internavum ». (Epidémie éphémabib. 2).

L'humidité de la langue et l'absence de signes pathologiques sert encore maintenant à distinguer la grippe de l'embarras gastrique fébrile, qui modifie considérablement la surface linguale.

II. — MODIFICATIONS PATHOLOGIQUES.

Les modifications sont très nombreuses, elles sont relatives à la couleur des enduits, à l'état de sécheresse ou d'humidité, à la forme et au volume, à la température, à la sensibilité générale ou

spéciale, à la motilité. Elle peuvent presque toutes être rattachées à des altérations portant : 1^o sur le mode de circulation du sang à l'intérieur de l'organe ; 2^o sur la sécrétion ; 3^o sur la sensibilité ; 4^o sur la motilité, c'est sous ces quatre chefs que M. Andral les passe en revue dans son cours. Il nous a semblé plus commode, pour faire la description à l'analyse de ces diverses lésions, de suivre une méthode moins naturelle, et d'étudier chacune d'elle, dans un paragraphe distinct, et dans l'ordre suivant lequel nous les avons énumérées plus haut.

A. — *Altération de couleur*

Ces altérations sont de deux ordres, elles sont immédiates ou médiate les premières ont leur raison dans les troubles de la circulation locale ; ce sont les diverses espèces des rougeurs et la décoloration de l'organe. Les secondes se rattachent à des troubles de sécrétion qui ont pour résultat la production sur la langue d'enduits de diverse nature.

a. — *Rougeur de la langue. Hypérémie artérielle ou active des auteurs anciens.*

La couleur rose uniforme, que la muqueuse présente à l'état physiologique, peut passer dans l'état de maladie ; à un rouge plus ou moins vif. La rougeur peut être générale ou partielle. Dans ce dernier cas, elle peut occuper d'une manière plus spéciale la pointe, les bords, ou la partie centrale de la langue,

ou bien ne porter que sur les papilles; qui deviennent, dans quelques cas, saillantes et douloureuses.

On voit quelquefois l'hypertrophie des villosités être la conséquence d'une fluxion ou d'inflammation qui s'est fixée sur elles pendant un certain temps.

En même temps qu'elle est rouge, la langue peut être humide ou sèche; douce au toucher, ou rude, raboteuse, ou bien encore peut offrir un aspect lisse, poli, qui paraît dépendre de ce que l'épithélium a été enlevé par une sorte de desquamation. Elle peut être nette ou recouverte d'enduits, avoir augmenté ou diminué de volume. La rougeur de la langue peut s'observer dans une foule de maladies; elle est remarquable dans la scarlatine et avant la période d'éruption et se distingue nettement de la langue desquamée que l'on trouve au milieu et à la fin de la maladie. Moins prononcée dans la rougeole, elle y existe cependant et occupe principalement le pourtour et les bords de l'organe. On la remarque encore dans l'érysipèle de la face, les attaques du rhumatisme articulaire aigu, le stade de chaleur de fièvres intermittentes, les intoxications digestifs fébriles d'origine estomacales ou intestinales, les réactions fébriles qui suivent les lésions traumatiques, etc.

La rougeur de la langue avait été présentée par Broussais comme un signe pathognomonique de la gastrite; cette opinion a été réfutée, en 1824 par M. Reignère, entre autres, qui a fait de ce point le sujet de sa dissertation inaugurale (*Thèse de Paris*).

La rougeur hyperémique de la membrane muqueuse et de ses papilles peut être, dans quelques cas rares essentielle. Elle est ordinairement liée à l'existence de divers états pathologiques de l'appareil

digestif. On la rencontre presque aussi souvent dans les maladies des appareils circulatoire et respiratoire. Elle existe toute les fois que la tête est congestionnée elle peut exister dans les affections apyrétiques, mais il est très rare qu'on ne la rencontre pas dans les maladies aiguës fébriles. Lorsque l'état fébrile est intense et persistant, il arrive quelquefois que l'hypérémie de la langue prend tous les caractères d'une véritable inflammation, d'une dermo-glossite.

Il est facile de distinguer de l'hypérémie dont il vient d'être question, celle qui est l'expression d'une gêne circulatoire veineuse. Cette dernière donne à la langue une teinte rouge, violacée, uniforme, générale. Elle existe sans érection des papilles, sans modification des tissus.

Les causes les plus fréquentes sont les affections organiques des valvules du cœur. Dans ce cas la langue vient comme toute muqueuse trahir les difficultés mécaniques de la circulation et la gêne de l'hématose.

La rougeur de la pointe de la langue ne paraît pas être le signe d'une irritation gastrique. Cette irritation admise à priori, n'a jamais pu être constatée. Il est vrai qu'elle a souvent lieu chez les personnes qui font un grand usage de mets ou de condiments excitants, mais dans ce cas même, il est difficile de savoir si elle est liée sympathiquement et d'une manière directe à un état subinflammatoire de l'estomac ou si elle est le résultat de l'action que ces mets et ces condiments, exercent soit directement sur ses proportions, soit sur la circulation générale et sur certaines portions du système nerveux, souvent dans ces cas d'hypérémie très légère des papilles, la

langue n'est réellement rouge que lorsqu'elle est tirée et contractée. Si on l'examine alors qu'elle est encore dans la bouche, immobile et derrière l'arcade dentaire inférieure, on lui trouve sa coloration rose normale.

Une coloration analogue et plus vive encore peut-être a lieu dans cette sorte d'intoxication produite par l'usage des moules ou de divers poissons comestibles placés probablement dans des conditions particulières ou ayant subi une sorte de décomposition putride de nature spéciale. Les téguments externes ainsi que la langue deviennent dans ces cas d'une teinte presque écarlate. Le diagnostic ne peut présenter de grandes difficultés, les commémoratifs en fournissent la meilleure confirmation.

Quant les rougeurs générales de la langue se rapprochent du violet, on peut encore dire que la congestion est passive et que le sang veineux en fait presque seul les frais.

Cet état se rencontre, outre les affections du cœur dont nous avons parlé, dans les tumeurs du cou comprimant les veines et même dans presque toutes les variétés d'asthme, c'est-à-dire toutes les fois que la circulation trouve quelque obstacle, soit dans le cœur et les gros vaisseaux, soit dans quelques parties de l'appareil respiratoire. Un état variqueux essentiel des veines de la langue, tout obstacle venant à gêner sa propre circulation sans rien changer à l'état des autres organes, comme par exemple l'oblitération des veines de la langue, peut donner à cet organe le même aspect, mais les cas de ce genre sont fort rares.

b. — *Coloration bleuâtre ou livide de la langue*
(*hypérémie veineuse*).

Cette coloration est le signe d'une imperfection de l'hématose et de la stase du sang veineux dans les capillaires de la muqueuse linguale.

Comme elle se lie à une maladie générale ou à la lésion profonde d'un ou plusieurs organes importants, elle est toujours d'un fâcheux augure. On l'observe dans toutes les espèces d'asphyxies, dans les fièvres pernicieuses algides, dans la période cyanique du choléra asiatique, dans la cyānose, dans les maladies du cœur, des poumons ou de la plèvre capables de mettre un obstacle sérieux à la circulation, dans les dyspnées, quelle que soit leur cause, enfin dans les forts accès d'éclampsie ou d'épilepsie.

Les phénomènes concomitants les plus habituels sont une légère augmentation du volume de la langue.

Ce signe nous porte à combattre, par un moyen approprié et en rapport avec la nature de la maladie, la gêne plus ou moins considérable qui existe dans la circulation ou la respiration et qui met obstacle à une oxygénation complète du sang.

On peut rencontrer également cette coloration bleuâtre dans les tumeurs de la base, de la langue, qui gênent considérablement la circulation de retour.

c. — *Décoloration de la langue*
(*anémie de cet organe*)

La langue est pâle et décolorée dans l'anémie, dans la cachexie qui succèdent aux maladies chroniques, prolongées dans la chlorose, la syncope, le stade de frisson de fièvres intermittentes; elle présente le même phénomène à la suite des hémorragies abondantes ou répétées. En un mot, on trouve cette altération dans tous les états morbides de l'économie caractérisée par une grande débilité dont la cause réside dans une diminution notable des globules de sang ou de leur teneur en hémoglobine, ou dans une suspension momentanée du cours de ce liquide. Tous les tissus pâlisent alors avec la langue.

Les conjonctives sont décolorées, ces malades se plaignent de vertiges, d'étourdissements, souvent présentant des lypnothémies, et en consultant le cœur, on trouve fréquemment des souffles anémiques, à la pointe ou au foyer de l'artère pulmonaire.

d. — *Coloration jaune*

On remarque quelquefois chez des sujets atteints d'ictère, une coloration jaunâtre de la face inférieure de la langue et du frein de cet organe. Ce signe sans importance serait, au dire de quelques auteurs appréciable en cet endroit ou vient de l'être à la sclérotique et sur le tégument externe. Il serait donc un signe précoce et ne savons-nous pas combien sont utiles

ces signes précoces, puisque comme il est aisé de le comprendre, ces signes précoces, servent de seuls apparents dans les cas traités ; et la coloration jaune de la langue, qui confirme la présence d'urobiline dans les urines, pourra souvent nous indiquer que le foie est touché dans certaines infections où qu'il a existé un obstacle au cours de la bile.

e. — *Langue noire*

Sous ce nom on désigne une affection singulière de la langue, caractérisée par une coloration noirâtre ou brunâtre plus ou moins marquée du dos de la langue, dû, à une hypertrophie parfois considérable des papilles filiformes ayant une origine trophique (hyperkératose) et non parasitaire (glossophytie) comme l'ont cru plusieurs auteurs qui l'attribuent à des spores banales et inconstantes, amassées au niveau de la base des papilles.

Elle évolue le plus souvent très lentement avec des alternatives d'aggravation et de rémission, ne prévoque aucun phénomène subjectif important, et peut persister pendant plusieurs années, tantôt envahissant toute la face dorsale de l'organe, tantôt ne constituant qu'une plaque plus ou moins étendue, située en général sur la ligne médiane.

On l'observe surtout sur des sujets adultes ou âgés, dyspeptiques diabétiques, tuberculeux, ou atteints d'une tare nerveuse quelconque, mais parfois aussi absolument sains.

Le meilleur traitement consiste dans la recherche de la cause et dans les différents efforts thérapeu-

tiques, destinés à combattre cette cause. En tout cas il faut éviter les procédés de violence, les grattages énergiques, les caustiques actifs.

Les bains de bouche fréquents et prolongés avec une solution émoliente alcalinisée tiède, quelques pulvérisations avec de l'eau de Saint-Christeau chaude quelques attouchements, avec un pinceau imbibé de baume du Pérou, ou d'une solution alcoolique d'acide salicylique à 5 ou à 10 0/0, généralement suffisants, pour atténuer sinon guérir cette affection, d'ailleurs sans gravité aucune.

B. — *Des enduits qui couvrent la langue dans les maladies.*

Les modifications de couleur sont pour ainsi dire le premier stade de l'atération de l'organe, mais souvent la langue est plus atteinte, elle se recouvre alors d'enduits spéciaux que nous allons étudier en commençant par le plus simple de tous, l'enduit épithéliale.

a. — *Enduit épithéliale.* — Nous appelons enduit épithéliale celui qui est constitué en grande partie par une couche plus ou moins épaisse de cellules épithéliales caduques, détachées de la membrane muqueuse de la langue ou à demi adhérentes à cette membrane et d'autres éléments anatomiques exsudatifs ou microbiens que nous étudierons postérieurement. Cet enduit est blanc, il recouvre souvent toute l'étendue de la face palatine de la langue, quelquefois il laisse la pointe et les bords à découvert, et ceux-ci

paraissent d'un rouge plus vif qu'à l'état normal, par un simple effet d'opposition de ton (fièvre typhoïde).

La partie de la langue recouverte d'enduit épithélial affecte parfois une forme ogivale, lancelée ou parabolique ; il est d'autres circonstances, où le centre seul se recouvre de cet enduit. Les enduits de toute autre espèce présentent fréquemment les mêmes dispositions.

Dans quelques cas, on le voit présentant comme des solutions de continuité, et la membrane muqueuse qu'il recouvre apparaît dans les lacunes avec l'aspect d'une plus vive coloration.

Les lacunes elles-mêmes, se recouvrent d'une légère couche d'enduit épithélial après quelques heures, et lorsque des nouvelles plaques sont détachées et enlevées par une cause quelconque, la langue paraît d'une teinte blanche comme rosée, tigrée ou tachée de plaques rouges ou rosées de diverses nuances. L'enduit épithélial présente souvent une teinte grisâtre qui marque le passage insensible qui sépare cette espèce d'enduit de celle que nous allons décrire immédiatement après.

Quelles sont les circonstances qui donnent naissance à l'enduit épithélial ? Ecartons tout d'abord l'inflammation ou la fièvre, les phlegmasies de la langue aussi bien que celles d'organes plus éloignés, n'invoquons point pour nous rendre compte des faits, des théories plus ou moins ingénieuses sur les sympathies ou sur l'autre condition vitale, aussi difficile à saisir. L'irritation paraît n'être pour rien dans la production du phénomène que nous étudions en ce moment, et si les causes les plus diverses ont été

supposées pour l'expliquer c'est qu'on l'a souvent attribué à des troubles morbides qui ne s'y rattachaient pas directement et qui souvent ne faisaient qu'apparaître simultanément sous l'influence d'autres causes pathogéniques.

L'abstinence pure et simple des aliments solides suffit pour le faire apparaître légèrement : la langue paraît alors s'en recouvrir tout simplement, parce que les frottements ordinaires que subit sa surface dans les mouvements qui servent à mettre la nourriture en rapport avec les diverses parties des arcades dentaires ne débarrassent pas cette surface de l'excès des éléments histologiques épithéliaux, véritable sécrétion solide qu'elle produit.

La diète simple un peu prolongée (lorsqu'aucune autre cause ne vient s'y mêler) donne à la langue la coloration blanchâtre de cet enduit, lors même que la langue reste toujours humide, et que la bouche ne cesse pas d'être fermée pendant le sommeil.

On voit apparaître aussi l'enduit blanc dans d'autres circonstances, et on peut dire qu'il entre en quelque sorte dans la composition de tous les autres enduits, mais on l'observe quelquefois en dehors de toute abstinence d'aliments solides. On le voit alors naître dans une durée très courte, il est dû presque toujours, dans ce cas à ce que la bouche étant ouverte pendant le sommeil, la salive s'évapore, et disparaît par le passage constant de l'air; mais dans cette circonstance qui ne peut d'ailleurs rendre raison de tous les cas, l'enduit est plutôt grisâtre que blanc.

Nous pensons que, dans beaucoup de cas l'enduit épithélial se forme sans qu'il y ait de véritables maladies gastriques ou intestinales et qu'il peut coïn-

cider avec une bonne santé générale; il existe alors une véritable dermite épithélial de la langue accompagnant un état saburral léger de voies digestives, et c'est surtout dans les cas de ce genre que les taches roses ou rouges formées par des solutions de continuité de l'enduit s'observent le plus souvent. Ces faits sont peut être plus nombreux qu'on ne le pense mais l'idée préconisée qui oblige en quelque sorte le médecin à ne considérer la langue qu'comme une sorte de renseignement, concernant d'autres organes l'empêchent souvent de les apercevoir dans leur simplicité et le conduit à porter un diagnostic d'une rareté trop grande.

Le même phénomène de chute partielle et par places isolées se produit pour plusieurs espèces d'enduits, et spécialement lorsque le derme de la membrane muqueuse est lui même fortement congestionné et même inflammé. Cette véritable desquamation s'opère tantôt dans le cours, tantôt dans la convalescence de plusieurs espèces de maladies aiguës et tout aussi bien dans certaines périodes des maladies chroniques, notamment dans les diverses formes de phthisie.

L'inconvénient principal de cet enduit, disaient les anciens auteurs, est de diminuer la saveur des aliments et l'appétit (ce dernier effet n'étant sans doute que la conséquence du premier). Nous savons que presque toujours le contraire a lieu, c'est-à-dire que la maladie produit l'enduit blanchâtre en même temps que l'anorexie. L'observation démontre que l'appétit reparait ou du moins augmente d'une manière notable en même temps que l'enduit disparaît et que les autres signes de convalescence se mani-

festent; d'ailleurs il arrive ici (comme cela se voit si souvent en médecine) que l'effet devient cause à son tour, au grand détriment du malade, si ces mêmes détails échappent à l'attention du médecin. Dans certains moments de la convalescence des affections graves aiguës et dans quelques maladies chroniques, cet inconvénient peut devenir extrêmement sérieux, en général toutes les fois qu'il est nécessaire de nourrir les malades. Insister longtemps sur ce point serait superflu. Il est donc nécessaire de traiter cet état pathologique de la langue par des moyens dont nous parlerons plus loin.

b. — *Enduits épithélio-sialique.* — Grisâtre, plus épais que le précédent, quelquefois moins adhérent, cet enduit se compose en grande partie des éléments de la salive desséchée, c'est-à-dire qu'il contient du mucus et des cellules d'épithélium. Il contient en outre plusieurs éléments dont nous parlerons plus loin. C'est celui qui s'observe le plus fréquemment chez les malades. Il se produit toutes les fois que ceux-ci dorment la bouche ouverte, il se produit de la même manière chez les individus bien portants. On a cru longtemps que ce produit d'excrétion accumulé sur la langue provenait des glandules qui se trouvent à la base de cet organe, mais il est bien démontré aujourd'hui que ces glandules ne sécrètent que de la salive. D'ailleurs, l'enduit en question se trouve sur les gencives et même sur les dents, où on ne sera pas tenté de rechercher des glandules spéciales qui la sécrètent.

M. le professeur Piorry, dans les expériences consignées dans le Mémoire de 1835, a cherché à l'imiter

en faisant évaporer lentement de la salive dans une étuve à 31 degrés. Il a, du même coup, déterminé certaines conditions de l'origine des autres enduits, en remarquant les changements de couleur survenant à mesure que la dessiccation était poussée plus loin, depuis le blanc-grisâtre jusqu'au noir, en passant par une teinte jaune-brunâtre dont nous avons à parler ci-après.

On conçoit que, avec le temps cet enduit s'épaississe par la dessiccation d'une plus grande quantité de salive, par l'adjonction de nouvelles couches d'épithélium desquamée si les causes que l'on fait naître persistent ou augmente d'intensité. Dans ces circonstances, il arrive fréquemment que la membrane muqueuse de la langue est congestionnée, phléymasiée et présente une rougeur intense; c'est là ce qui a fait donner à l'état pathologique que nous venons de décrire, le nom de *glossite sécrétoire*, basé sur une appréciation de faits conçue presque à priori, et qu'une plus exacte connaissance des organes sécréteurs de la langue suffit pour faire abandonner. Quant au nom de glossite muqueuse employé quelquefois, c'est évidemment plus en rapport avec la réalité, puisque la présence du mucus dans ces enduits n'est pas douteuse mais il donne aussi bien une fausse idée de ce qu'il doit représenter, puisque ce mucus provient uniquement de la salive qui en contient formellement une petite proportion puisque, pour tout, ce n'est pas à ce mucus qu'il faut attribuer, comme on pourrait le croire l'aspect particulier de quelques variétés de cette espèce d'enduit, que nous désignons avec plus d'exactitude sous le nom d'enduit épithélio-sialolique.

Comme l'a très bien fait remarquer M. le Professeur Piorry, cet enduit se rencontre principalement quand les organes respiratoires sont gênés dans leurs fonctions, soit que quelques parties de l'arbre trachéo-bronchite ou du parenchysme pulmonaire soient malades, soit qu'une cause quelconque obstrue les fausses nasales, empêche d'une manière quelconque le passage de l'air dans les narines soit que les muscles inspireurs, affaiblis ou demi-paralysés, fassent mal leurs fonctions, soit que le centre nerveux respiratoire, le nœud vital de Flourens, soit lui-même le siège de quelque trouble dynamique ou de quelque lésion, soit qu'un liquide épanché dans la plèvre ou le péricarde produise des effets analogues, soit enfin que le diaphragme soit soulevé (anadiaphragmasie épidiaphatopie de M. Piorry) par une accumulation des gaz dans le tube digestif abdominal ou par une hypertrophie tuméfaction quelconque du foie ou une inflammation du péritoine. On comprend que ces causes, et quelques autres que nous omettons sans doute, peuvent agir soit séparément soit simultanément dans une foule de maladies de l'abdomen ou du thorax de manière à produire nécessairement l'enduit épithélio sialique qui sous l'influence de la persistance de même cause, prend des caractères particuliers dûs en grande partie aux influences atmosphériques communes, dont l'étude sera le sujet du paragraphe suivant.

c. — *Enduits altérés.* — Dans le cours de fièvres graves, dans certaines pneumonies, après certaines apoplexies d'origine encéphalique où des troubles généraux persistent sous l'influence de lésions des

centres nerveux, dans tous les cas où la pneumonémie hypostatique tend à se former, et dans beaucoup d'autres circonstances dont le caractère commun est de présenter presque toujours une extrême gravité, les enduits sialiques, ou si l'on veut épithélio-sialique, s'épanouissent considérablement, se dessèchent par place et constituent ces croûtes noires qu'on appelle fuligines ou fuliginosités.

Dans le point où leur dessiccation ne peut s'opérer, ils subissent l'influence de l'infection locale des fermentations microbiennes, les leptothrix pullulent et s'ajoutent aux microbes normaux de la bouche que Hügenschmidt a décrit dans les annales de l'Institut Pasteur. De là l'odeur aigrelette d'abord, absolument fétide plus tard, qu'on observe dans les cas dont nous venons d'indiquer les principaux genres. La théorie de l'infection doit ici également être substituée aux théories anciennes. Les anciens pensaient que l'action combinée de l'air atmosphérique et de la chaleur doit être placée en première ligne, même dans les maladies que présentent au plus haut degré, les les caractères de l'état typhoïde. Pour faire adopter notre opinion à cet égard, nous n'aurions qu'à rappeler quelle transformation rapide l'ai fait subir (sans même qu'il y ait contact immédiat) au pus des abcès contenus dans les parois des cavités qui donnent normalement passage à ce fluide; quelle fétidité accompagne la suppuration du tissu cellulaire sous muqueux de la bouche ou des fosses nasales, par exemple en dehors de toute espèce d'altération du sang et des autres humeurs.

Nous ne dirons rien du degré d'infection que peuvent présenter les enduits. Ils sont soumis aux condi-

tions d'ensemble que nous venons de signaler, et le passage des uns aux autres de ces degrés est d'autant plus prompt que les causes agissent avec plus d'intensité.

On comprend combien il est important, à mesure qu'ils se forment, ces enduits affreux, ces véritables sources de septicité ou vient s'infecter l'air de l'inspiration dont la présence peut, dans certains cas, déterminer la mort, ne serait-ce que comme la dernière goutte qui fait déborder le vase.

C'est à M. Piorry, le premier, qu'appartient le mérite d'avoir appelé sur ce point l'attention des praticiens qui, avant lui, ne considéraient ces enduits que comme des signes diagnostiques, oubliant que la langue est un organe et non pas un miroir, oubliant que la bouche est employée à des fonctions fort importantes à considérer dans l'état de maladie ou dans la santé, qu'elle livre passage à l'air respiratoire et aux liquides alimentaires ou médicamenteux qu'elle fait subir aux aliments solides une élaboration indispensable à leur assimilation ultérieure.

De ces enduits pathologiques, il faut séparer l'impétigo de la langue, et pour préciser notre pensée, nous croyons nécessaire d'en rappeler ici les principaux caractères.

Stomatite impétigineuse. — Elle est relativement peu fréquente. Elle se caractérise par le développement sur la muqueuse buccale, au niveau de la face interne des lèvres et des joues, sur les bords et la pointe de la langue, de plaques blanchâtres, d'apparence diphtérique, de forme circulaire, ovaline ou polycyclique.

Cette pseudo-membrane **est mince**, mais adhère intimement à la **muqueuse**. Ces plaques diphtéroïdes sont en **général** peu nombreuses; quelquefois il n'**existe** qu'une seule plaque à la face muqueuse d'une **ou** des deux commissures; sur la face externe se voit alors une croûte fendillée d'impétigo. D'autres fois, ces plaques sont disséminées sur la face interne des lèvres, surtout de la lèvre inférieure et des joues, plus rarement sur la lèvre supérieure. La langue en offre quelquefois un certain nombre sur les bords et la pointe, plus rarement au niveau de la face inférieure ou sur le frein. On n'en voit pour ainsi dire jamais sur le voile du palais ou au niveau du **gosier**. **Dans** d'autres cas, surtout chez les enfants cachectiques, ces plaques diphtéroïdes paraissent moins adhérentes et recouvrent des ulcérations plus ou moins profondes de la muqueuse qui se guérissent rapidement sans laisser de cicatrice.

Les autres symptômes sont ceux de la stomatite en général. Cette stomatite s'observe ordinairement avec l'impétigo aigu de la face.

C. — *Altération de sécrétion.*

De la sécheresse de la langue. — L'humidité de la langue est due, dans l'état normal, à la salive fournie par les glandes salivaires, cette sécrétion est alcaline, et au mucus lingual fourni par les innombrables glandes muqueuses qui recouvrent la surface de la langue et qui sont pour ainsi dire des auxiliaires de nos trois glandes salivaires.

Dans les maladies fébriles aiguës accompagnées de

coma ou de délire, la langue devient souvent d'une sécheresse extrême quelle que soit sa couleur, l'acidité est en quelque sorte la même : aussi elle présente cet état étant chargée ou simplement enduite de peu de mucus ; son corps est raide, sa face recouverte d'inégalités raboteuses ressemblant aux dents d'une lime, ses mouvements gênés, ses bords se rapprochant semblent la resserrer, sa pointe est la partie la plus sèche, le milieu la plus âpre, le dessous la plus molle, la base la plus humide.

Toutes les fois que la langue est sèche, elle se ride sur presque toute sa surface ; les sillons sont profonds, n'affectant aucune direction, se rejoignent en s'entre-croisant à plusieurs reprises, les boissons n'arrosent que pour fort peu de temps la membrane muqueuse de la langue sèche ; elle redevient âpre l'instant après, et ne se nettoie point par aucune lotion. Lorsque la langue devient sèche par la simple impression de l'air extérieur, elle se ramollit promptement, ce qui la distingue de l'état pathologique. En général, la sécheresse de la langue est d'un fâcheux présage ; elle dénote une température interne très intense. Lorsque la langue est sèche dans le cours d'une maladie aiguë c'est un symptôme grave qui doit donner de l'inquiétude.

L'âpreté de la langue ne survient que vers le milieu ou la fin des maladies, et toujours dans celles où il y a rétention du liquide salivaire et qui sont accompagnées de beaucoup de fièvre ; quelquefois elle reste plusieurs jours très sèche et se ramollit insensiblement, ce qui est d'un bon augure : c'est en quelque sorte un signe critique qui accompagne la chute de la fièvre, le ralentissement du pouls, etc. ;

mais quand elle demeure absolument aride, sans aucun amendement des autres symptômes, la mort s'ensuit ordinairement. L'invasion des fièvres donne lieu à la sécheresse momentanée de la langue par la non-sécrétion du liquide buccal.

Les auteurs anciens qui étudièrent avec beaucoup de soin la séméiologie de la langue invoquent un spasme. La cause de la soif qu'éprouvent les fébricitants le spasme cessé disaient-ils, la langue reprend son état naturel, comme quand il ne se diminue pas la sécheresse de la langue se maintient.

La face supérieure de la langue est à l'état normal humectée par la salive, le mucus buccal et les sécrétions propres dont elle est le siège. La diminution ou le caractère des sécrétions produit les différents degrés de sécheresse que l'on peut observer.

La langue est dite collante quand le doigt appliqué sur cet organe est retiré lentement, semble retenu par une matière médiocrement visqueuse; *poisseuse* lorsque l'enduit plus gluant détermine une adhérence plus intime du doigt; *sèche* quand elle est entièrement privée d'humidité; alors elle peut être lisse, luisante et rouge ou âpre, rugueuse et plus ou moins noirâtre.

Les gerçures, les crevasses sont l'expression, la plus élevée de cet état. Ces derniers degrés dit Chomel, indiquent généralement du danger dans les maladies aiguës, et presque toujours une mort prochaine quand ils surviennent dans le cours d'une maladie chronique.

La sécheresse complète est souvent le signe unique de la pneumonie des vieillards. Cette sécheresse de la langue chez les vieillards peut exister sans l'apparence

d'une maladie interne M. Beau a proposé de l'appeler *xevoglossie* (Xéros, sec et de Glossa, langue).

L'humidité de la langue qui survient après une sécheresse plus ou moins grande, est le plus souvent un signe favorable. Elle était considérée par les anciens comme un des éléments critiques qu'admettaient dans la solution des maladies. Quant dans le cours de certaines maladies la langue conserve cet état, peut faire espérer une terminaison heureuse.

Lorsque l'humidité revient, elle reparait en suivant une marche inverse. La sécheresse, qui quelquefois peut-être assez grande pour empêcher l'articulation des sons; commence ordinairement vers le centre, le long de la ligne médiane, puis s'étend aux autres parties, elle s'accompagne le plus souvent d'une soif, plus ou moins vive; elle peut exister avec ou sans enduits, avec ou sans rougeurs; toutes les fois qu'elle est intense la langue devient comme ratatinée. On la remarque à un degré variable dans les maladies générales et locales qui donnent lieu à un mouvement fébrile interne et un peu prolongée dans les grandes pyrexées, dans l'état typhoïde ou elle est portée à son plus haut point, dans la gastrite et la gastro-entérite; dans la période de chaleur commençante des fièvres intermittentes dans la diarrhée et toutes les évacuations abondantes; enfin on peut l'observer dans les maladies des organes thoraciques ou du tube digestif et ces annexes qui apportent de la gêne dans la respiration et forcent le malade à respirer plus vite et plus largement dans l'état naturel (Piorry).

Quelle est la cause de la sécheresse de la langue? Faut-il admettre avec M. Piorry qu'elle est due uniquement à une évaporation rapide de la salive et

du mucus déterminée par le passage large et fréquent de l'air par la bouche, mode de respiration rendu nécessaire par l'insuffisance de celle qui se ferait par les fosses nasales, et auquel un grand nombre de maladies, mais principalement celle des organes respiratoires et des organes digestifs et maladies du cœur, pourraient donner naissance? Sans nier que toute cause qui oblige à respirer par la bouche tend à dessécher la surface de la langue, nous croyons avec Andral et Rostan et la plus part des auteurs, qu'il y a en outre une altération dans les sécrétions glandulaires, dont l'organe est le siège de sécrétions qui sont diminuées ou peuvent-être suspendues, et qu'alors ainsi que le font observer ingénieusement les auteurs du *compendium*, la langue nous offre un phénomène analogue à celui qui se passe à la surface de la peau qui devient sèche et aride dans le cours des maladies pyretiques. Ce qui nous porte à admettre cette opinion en faveur de laquelle porte, du reste l'analogie, c'est que dans les maladies, ou l'accélération de la respiration arrive à son plus haut degré, comme dans quelques cas de pleurésies, de pneumothorax des pneumonies sans complications, des maladies du cœur avancées, on voit la langue conserver sa mollesse et son humidité et devenir au contraire presque constamment sèche dans les affections ou cette accélération n'est que médiocre comme dans la fièvre typhoïde arrivée à son deuxième et à son troisième degré, et dans l'état du même nom qui vient compliquer le nombre de maladies. Il nous semble donc y avoir dans le fait de la sécheresse de la langue, comme l'a remarqué le Dr Davane, deux faits qui existent simultanément et dont il faut tenir compte,

celui de l'évaporation et celui de la diminution des sécrétions, les derniers nous paraissent primer l'autre dans le plus grand nombre des circonstances. La cause prochaine de cette diminution de sécrétion nous est inconnue, comme celle de la suspension dans les autres sécrétions ; l'auteur que nous venons de citer ayant souvent remarqué dans ces cas, l'injection ou même l'inflammation superficielle de cet organe, cette circonstance pourrait peut-être dans un certain nombre de cas, en donner une explication suffisante.

III. — INTRODUCTION.

Dans l'étude que nous venons de faire, nous nous sommes appliqués à décrire les différents aspects pathologiques de la langue, en les groupant en différents types, il nous faut maintenant reprendre les maladies où la langue est la plus touchée, pour montrer les éléments de diagnostic que comporte la séméiologie de cet organe et nous commencerons cette revue par les maladies éruptives, dont nous rapprocherons la fièvre typhoïde à cause de son éruption de taches rosées et pour la facilité de la classification.

III. — ÉTAT DE LA LANGUE DANS LES PRINCIPALES
MALADIES.

*Dans la fièvre typhoïde et l'embarras
gastrique fébrile.*

Fièvre typhoïde. — L'aspect de la langue dans cette affection diffère beaucoup suivant la période de la maladie. Au début, elle est ordinairement molle, large, humide ou légèrement collante, recouverte d'un enduit plus ou moins épais qui le plus souvent, au dire de M. Davasse, occupe seulement la base et les bords de l'organe et simule ainsi une sorte de V à ouverture antérieure. Cet aspect peut rester tel jusqu'à la fin de la maladie et de cette stabilité on peut en général tirer un pronostic favorable. Toutefois il faut dire que dans quelques cas exceptionnels, bien que les caractères offerts par la langue ne changent pas, la maladie n'en devient pas moins très grave. La rougeur de la pointe ou des bords, un pointillé rouge disséminé sur toute la surface supérieure de la langue, sont des phénomènes qu'on observe également dans la première période. A une époque un peu plus avancée, la rougeur augmente d'intensité et la sécheresse vient s'y joindre; la maladie continuant à faire des progrès, la langue finit par devenir sèche qu'on la dirait à demi rôtie ou grillée. Elle se recouvre d'un vernis brun ou noirâtre, brillant, crousteux, traversé par des gerçures ou des crevasses, du fond desquelles on voit assez souvent

sourdre des gouttelettes de sang. Ce vernis est formé à la fois par la dessiccation de la salive, du mucus et du sang. Lorsque la langue en est complètement recouverte, elle est petite et racornie, ses mouvements sont incertains, difficiles et douloureux, et le goût est presque entièrement aboli. Cet aspect de la langue coïncide avec un trouble profond de l'hématose et de l'inervation. Décrit par MM. Andral et Bouillaud sous le nom d'état typhoïde, état des plus graves, qui peut se développer à l'occasion d'affections très diverses (inflammation gastro-intestinale, variole, phlébite, pneumonie, surtout chez les vieillards, phlegmasies des voix urinaires, etc., etc.), mais dont l'inflammation et l'ulcération des follicules intestinaux sont le point de départ le plus fréquent.

Lorsque la terminaison de la fièvre typhoïde doit être heureuse, la langue revient peu à peu à son état normal, elle se dépouille de ces enduits croûteux qui laissent à nu une surface rouge luisante mais encore sèche et fendillée dépourvue en partie de son épithélium; celui-ci se régénère peu à peu. Plus tard la langue redevient blanchâtre humide, vermeille et la guérison ne tarde pas à se conformer si la convalescence est bien conduite.

Les différentes altérations que nous venons de signaler ne se succèdent pas nécessairement dans l'ordre que nous venons d'indiquer, il arrive parfois que celui-ci se trouve plus ou moins modifié. Il peut se faire aussi que l'on observe des phénomènes généraux très graves avec un état presque naturel de la langue et vice-versa, un amendement des symptômes de l'affection avec la persistance sur la langue des signes ordinairement graves. Dans ce

dernier cas, ces caractères disparaissent souvent dès que le médecin cesse la diète absolue.

Chez les enfants suivant MM. Barthez et Billiet, la langue quoique sèche comme chez les adultes, offre beaucoup plus rarement que chez ces derniers le raccourcissement et l'état fendillé et fulligineux.

La langue peut dans quelques cas être la source de renseignements encore plus précieux qui ont été bien étudiés dans un article de la *Province médicale* et dans une *thèse de Lyon*.

Devu, dans la *Province Médicale* 1895, a pu constater chez un grand nombre de typhiques (20 observations) des ulcérations superficielles de la muqueuse, sa boucle siégeant sur les piliers, *les faces latérales de la langue*, la luette, qui n'offrent à l'examen microscopique que les caractères d'une ulcération simple inflammatoire. Ces ulcérations peu douloureuses, surviennent en général dès le début de la dothientérie n'ont aucune valeur pronostique sur le degré de gravité de la pyrexie.

Mais elles offrent cette particularité curieuse d'évoluer d'une parallèle à la marche des ulcérations intestinales; elles ne disparaissent que lorsque la muqueuse intestinale est bien cicatrisée, que l'infection typhique a totalement disparue. Cela est si vrai que Devu a pu prévoir des rechutes à une période active de la convalescence, par la seule inspection de la bouche où existaient encore ces petites ulcérations.

L'auteur pense qu'elles sont causées par la pression ou l'irritation portant sur les tissus infectés au même degré que toute l'économie.

Fohanno dans une *thèse de Lyon* développe les

idées de Davu et publie une série d'observations intéressantes de lésions.

Enfin, reproduisons la description de la langue dans la fièvre typhoïde de *Charles Marchison*, médecin et professeur à l'hôpital de Saint-Thomas, médecin consultant de l'hôpital des fiévreux de Londres.

La langue, tout d'abord, est humide et couverte d'une matière blanche épaisse, tandis que l'extrémité et le bord sont extrêmement rouges. Elle peut rester dans cet état pendant toute la durée de la maladie, ou bien vers le milieu de la fin du second septénaire, elle peut devenir sèche et brunâtre dans une étendue triangulaire à l'extrémité ou au centre; elle peut ensuite être couverte d'une épaisse croûte brunâtre, ou bien elle peut encore devenir claire, rouge, luisante et présenter des fissures.

Des cas peuvent devenir mortels sans que la langue ait jamais été brune. Dans 45 cas sur 100 dans lesquels j'ai noté la langue comme étant sèche et brune, 16 furent mortels; mais sur ceux qui restaient, 5 furent mortels, bien que la langue n'eût jamais été sèche. Dans 16 cas, sur 40 mortels, rapportés par Louis (1841, I, 474), la langue est restée humide pendant toute la maladie. Il en fut de même dans 6 cas sur 20 mortels notés par sir W. Jenner (1840).

Une particularité notable de la langue est la rougeur inaccoutumée qui se bornera à l'extrémité et aux bords; ou s'étendra sur toute la surface. J'ai noté cette rougeur dans 69 cas sur 100. Dans 16 de ces 69 cas, dont 5 furent mortels, la langue entière était rouge et sa surface nette, lisse et comme vernissée. Jenner note ce dernier aspect dans 5 cas sur 20 cas

mortels, parfois j'ai vu la langue d'un rouge écarlate brillant, avec les papilles développées comme dans la scarlatine.

Un autre caractère de la langue consiste dans les fissures transversales, souvent profondes et douloureuses. Elles ont été notées dans 35 cas sur 100 dont j'ai parlé, et dans 4 cas sur 20 mortels observés par sir W. Jenner Louis, mentionne des cas où elles dégénèrent en ulcérations considérables avec un épaissement notable de la langue.

L'impossibilité de tirer la langue est beaucoup plus rare même dans les cas mortels que dans le typhus.

Embarras gastrique fébrile.

La langue large, épaisse et étalée présentent sur ces bords l'empreinte des dents est recouverte d'enduits, muqueux, blanchâtre et épais parfois teinte en jaune par la bile, enduit bilieux. Quelquefois on aperçoit des petits points rouges et saillants sur lesquels Stoll avait beaucoup insisté; ce sont les papilles de la muqueuse linguale, mais ils n'apparaissent en général qu'un peu plus tard, vers la fin de la maladie quand la guérison s'avance et que les dépôts épithéliaux se détachent.

Notez les différences considérables qui existent entre la langue de la fièvre typhoïde et de celle-là, et de quelle utilité peut être cette chose simple, l'examen de la langue.

L'état de la langue dans l'embarras gastrique ressemble beaucoup à l'aspect de cet organe chez les malades soumis au régime lacté absolu. M. Jaccoud insiste

beaucoup sur cette apparence à laquelle il faudra toujours songer.

Fièvres éruptives.

Rougeole. — Dans la rougeole normale, la langue conserve ordinairement son humidité, son pourtour ou sa pointe seulement sont le siège d'un rouge-rose assez vif, sa base étant la plus souvent recouverte d'un enduit blanc ou jaunâtre plus ou moins épais ; ce n'est qu'exceptionnellement et dans des cas d'une certaine gravité qu'elle se montre sèche et offre une rougeur très prononcée.

Mais il est un signe particulièrement important, c'est l'exanthème buccal (signe de Koplix) à la période prodromique de la rougeole. En 1896, Koplix a signalé l'apparition sur la muqueuse et principalement sur la face inférieure des joues d'un exanthème pendant la période prodromique de la rougeole, c'est-à-dire à un moment où le diagnostic de rougeole est, comme on sait, difficile. Pour Koplix, cet exanthème serait pathognomonique de la rougeole.

Hawick a voulu vérifier ce fait à l'occasion d'une épidémie de rougeole qui a sévi, en 1897, dans le service du professeur Haulner. Il a pu examiner au point de vue de la présence de ce signe de Koplix, 52 enfants qui ont eu la rougeole ; 45 ont présenté le signe de Koplix à un moment où ils n'offraient encore aucun autre signe de rougeole.

Cet exanthème se présente sous forme de petites efflorescences d'un blanc bleuâtre, de 2 à 6 millimètres de diamètre, entourée d'une auréole inflam-

matoire des dimensions d'une lentille. Ces efflorescences occupent ordinairement la face interne des joues, quelquefois celle des lèvres ou même la langue ; leur nombre est variable, et le plus souvent on trouve de chaque côté 6 à 20 tâches, jamais elles ne deviennent confluentes.

Elles apparaissent ordinairement au cours du premier ou second jour de la période prodromique, augmentant progressivement jusqu'au moment de l'éruption et disparaissant alors au bout de trois ou quatre jours, lorsque l'exanthème de la peau commence à pâlir. Leur aspect est très caractéristique et jamais ces tâches n'ont été rencontrées dans une affection autre que la rougeole. Leur valeur pronostic est nulle, car elles s'observent aussi bien dans les cas légers que dans les cas graves. Elles ne nécessitent aucun traitement spécial.

Scarlatine

C'est dans la scarlatine, parmi les fièvres éruptives, que cet organe nous présente les modifications les mieux tranchées. La langue dit Marfan, qui dès le début présentait une coloration rose de la pointe, et un enduit blanchâtre sur le reste de sa face supérieure ne tarde pas à se dépouiller de cet enduit, et présente dès le second ou le troisième jour cet aspect caractéristique, si important que, dans le cas où l'éruption n'existerait plus au moment de l'examen, il suffit à lui seul ou presque à lui seul à permettre de formuler le diagnostic de la scarlatine. La langue, en effet, dépouillée de son enduit saburral, subit du 3^e au

5^e jour, une véritable desquamation qui commence dès le 2^e jour, s'étend de la pointe vers la base, et lui donne un aspect caractéristique. En effet la langue est d'un rouge vif; sur sa surface lisse vernissée tranchent les saillies caractéristiques des papilles linguales qui lui donnent l'aspect framboisée (langue framboisée), cette desquamation est plus ou moins étendue, suivant que l'exanthème buccal a été plus ou moins intense.

Quelquefois bornée à l'extrémité de la langue, elle l'envahit d'autres fois toute entière. Dans ce cas, la muqueuse de toute la cavité bucco-pharyngée présente une desquamation analogue : la face interne des joues, le voile du palais, la face postérieure du pharynx, les amygdales (si l'exsudat a rapidement disparu), présentent un aspect vernissé, une coloration rouge, tout à fait caractéristique, qui peuvent persister pendant 7 à 8 jours, et même davantage, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'épithélium se reforme et acquiert une épaisseur suffisante. Lorsque cette desquamation de toute la cavité buccale est aussi intense, le malade y éprouve des sensations très pénibles, de sécheresse, d'empâtements, mais il n'y a pas de véritables douleurs. Cette desquamation de la langue n'appartient guère qu'à la scarlatine.

Trousseau magistralement décrit la langue scarlatineuse, « l'aspect de la langue est tellement spécifique, qu'à lui seul il peut suffire à faire reconnaître la maladie. Ni dans la rougeole, ni dans la variole, vous ne trouverez rien de semblable; c'est là un caractère aussi spéciale à la scarlatine, que peut l'être, dans la variole, la présence des pustules sur la membrane muqueuse buccale. Le premier jour il n'y a que l'en-

duit limoneux plus ou moins épais, plus ou moins blanc, coloré en jaune ou en vert lorsque le malade a vomé, il n'y a qu'une légère rougeur de la pointe et des bords (c'est la langue fébrile); le lendemain cette rougeur augmente d'intensité et d'étendue; elle augmente le troisième jour, et vers le quatrième ou le cinquième l'enduit saburral a plus ou moins complètement disparu. Toute la langue est alors d'un rouge écarlate, elle est tuméfiée, et la saillie considérable de ses papilles donne à sa surface un aspect analogue à celui d'une fraise. S'il en est ainsi, c'est qu'elle s'est dépouillée de son épithélium, et dans quelques cas on peut assister à ce travail de desquamation, on peut même le traiter en faisant sur elle de légères frictions avec un linge, c'est là un phénomène constant, invariable dans la scarlatine, à moins que celle-ci n'ait été marquée par aucun phénomène fébrile. Rien de semblable, je le redis encore, n'arrive dans la rougeole, ni dans la variole, lors même que cette dernière est accompagnée de stomatite. Vers le septième ou huitième jour, tout en conservant sa coloration rouge, la langue devient plus lisse; vers le huitième ou neuvième jour l'épithélium se reforme d'une manière très apparente, d'abord excessivement mince, comme une pelure d'oignon; vers le douzième jour il a repris à peu près son épaisseur naturelle, mais la membrane muqueuse reste un peu plus rouge qu'elle ne l'est dans son état normal. »

Varicelle

Dès le premier jour de l'éruption et parfois même avant l'exanthème la muqueuse buco-pharyngée peut être prise; les enfants ont les gencives tuméfiées, la langue épaisse et saburrale, les joues gonflées, la gorge sensible; ils présentent de la salivation. Un examen attentif montre alors des vésicules arrondies et superficielles occupant le voile du palais, la face interne des joues, la langue, les gencives, la face muqueuse des lèvres. La vésiculation est si éphémère sur une muqueuse sans cesse humectée par la salive, qu'on ne peut généralement pas la saisir: mais on voit à sa place de petites érosions arrondies, blanc-jaunâtre, limitées par une collerette rose; il n'en faut pas davantage pour reconnaître la localisation de la varicelle sur la muqueuse de la bouche.

L'exanthème bucco-pharyngée est en général très distinct et passe souvent inaperçu. Mais quelquefois j'en ai rapporté (Comby) des exemples, il détermine une réaction vive, une inflammation, une stomatite qui prend la première place sur la scène morbide. C'est la stomatite varicelleuse, sur laquelle j'ai appelé l'attention (*Progrès méd.* 1884). Les enfants qui en sont atteints perdent l'appétit et éprouvent une véritable gêne pour mastiquer et déglutir les aliments. Mais ces phénomènes sont peu durables et ne retardent pas la guérison.

Variole.

A part les pustules qui peuvent se développer à sa surface, la langue dans la variole n'offre rien de

bien particulier à noter. Quant elles sont nombreuses, cet organe se congestionne, se tuméfie, ses mouvements deviennent difficiles et on l'a vue même devenir le siège d'une inflammation phlegmoneuse profonde qui n'est pas sans danger. Le plus souvent, la langue se montre humide, pâle ou rosée, avec une couche plus ou moins épaisse à la base. Dans quelques cas elle est d'un rouge vif à la pointe ou au pourtour, quelquefois sèche lorsque le malade est contraint de respirer par la bouche. Des caractères différents traduisent le plus souvent une complication.

Coqueluche.

Nous rapprochons des fièvres éruptives, parce qu'on l'observe surtout chez l'enfant, la coqueluche, dont nous ne ferons que signaler l'ulcération sublinguale.

Accidents et complication de la coqueluche. — Dans la moitié des cas environ surtout chez les enfants qui ont des dents, dit M. Comby, la projection de la langue en avant à chaque quinte finit par amener l'usure, la déchirure, la rupture du frein, conséquemment une petite inflammation diphtéroïde, qui dépasse quelquefois les limites du frein, tant en surface qu'en profondeur. Cette lésion, généralement peu importante a une valeur appréciable pour le diagnostic; quand on voit un enfant qui tousse ou qui ont ait entendu les quintes caractéristiques, on pourra faire le diagnostic de la coqueluche et après l'ulcération du frein de la langue.

Grippe.

La langue prend un aspect soit blanchâtre, soit jaunâtre, porcelainée comme l'a décrit M. Flaisans (1). Chez l'enfant, ce signe existe dans la minorité des cas. Exceptionnellement on a noté (H.-G. Bristoue) la rougeur, la sécheresse et l'aspect framboisé.

C'est à M. Faisans que nous empruntons la description qui suit :

« On sait que la grippe peut simuler un grand nombre de maladies, et des plus diverses, depuis l'embarras gastrique jusqu'à la méningite et même jusqu'au typhus. Or il y a un signe qui, à mon avis, dans le plus grand nombre des cas tout au moins, permet de faire le diagnostic. Ce signe est tiré de l'examen de la langue. La langue de la grippe ordinaire est une langue *sui-generis*, ni large, ni épaisse comme dans l'embarras gastrique, ni petite, contractée et pointue comme dans la fièvre typhoïde. Elle est toujours humide, et quant elle a une tendance à se sécher, c'est qu'une complication phlegmoneuse est imminente ou déjà réalisée; sa caractéristique est une teinte d'un blanc bleuté assez analogue à celle de la porcelaine. Cette teinte rappelle certaines plaques de leucophasie buccale ou mieux encore des plaques muqueuses bucco-pharyngées. Cette coloration est tantôt uniforme et tantôt tachetée. Elle ne

(1) Nous avons eu l'honneur d'être reçu par M. Faisans, qui a insisté encore sur la description qu'il a donnée de la langue grippale, surtout exacte dans les épidémies, et nous a fait l'honneur de nous autoriser à reproduire cet entretien.

tient à la présence d'un enduit surajouté, car les frictions les plus énergiques sont sans influence sur elle. Ce n'est guère que dans le rhumatisme articulaire aigu que l'on peut observer une langue dont les caractères sont assez analogues à ceux de la langue grippale, encore dans ce cas la langue est-elle moins lisse et d'une coloration plus franchement blanche.

La langue opaline apparaît dans les deux ou trois premiers jours de la grippe et dure autant qu'elle, parfois même elle persiste alors que les malades se croient guéris, or c'est la preuve qu'ils ne le sont pas et qu'ils restent sujets à des recrudescences, que l'on appelle à tort des rechutes.

Enfin la langue grippale est absolument rebelle aux purgatifs, aux vomitifs et aux éméto-cathartiques. »

Pneumonie

La langue est ordinairement blanche et chargée dès le début surtout dans les pneumonies dites bilieuses. Quelquefois chez les enfants surtout elle reste presque naturelle. Dans les formes graves elle devient profondément sale et jaunâtre, puis se recouvre d'un enduit fuligineux, comme chez les typhiques. Chez les vieillards cette sécheresse de la langue se produit de très bonne heure et peut constituer presque l'unique symptôme de la maladie.

Grisolle a décrit cette langue avec soin :

« La langue examinée sur 200 malades a presque constamment présenté quelques modifications dans sa couleur ou son humidité. Chez près des deux tiers

elle offrait un enduit blanchâtre d'une épaisseur variable, quelquefois cet enduit était jaunâtre. Chez un dix-neuvième des individus adultes un peu plus fréquemment chez ceux qui ont succombé que chez ceux qui ont guéris la langue fût aride plus ou moins sèche rouge et brunâtre. Cet état coïncidait généralement avec un appareil fébrile intense ; il apparaissait rarement avant le cinquième, le sixième ou le septième jour de l'affection. Chez un treizième des sujets, la langue n'a présenté aucune modification bien notable sous le rapport de son volume, de sa coloration de son humidité. Chez ces malades, la fièvre était en général moins intense que précédemment toutes fois j'ai vu un individu qui succomba à une pneumonie et chez lequel la langue resta parfaitement naturelle pendant tout le cours de la maladie.

Ce que je viens de dire de l'état de la langue dans la pneumonie est vrai pour les individus compris entre quinze et cinquante ans ; mais il n'en est plus de même aux deux extrémités de la vie, aussi dans le jeune âge la langue reste presque toujours humide, et l'enduit qui la recouvre est généralement plus épais, tandis que chez les vieillards la langue a une grande tendance à la sécheresse, et rien n'est plus commun que de voir, dans les premiers jours la face supérieure de la langue devenir aride, râpeuse et couverte d'enduit brunâtre. »

Concluons donc que chez le vieillard difficile à ausculter dans la pneumonie centrale ou l'auscultation est faite pendant les premiers jours, de même que dans les pneumonies de l'enfance l'examen de la langue constitue une probabilité remarquable et il

serait utile de chercher si la langue pneumonique ne pourrait faire diagnostiquer ces cas si difficiles des enfants qui à l'occasion d'une pneumonie présentent du méningisme, et ne pourrait servir à l'éliminer, l'hypothèseangoissante de la méningite hobéculeuse.

Choléra

Dans les périodes qui précèdent l'algidité, la langue n'offre pas d'altération bien appréciable, elle conserve ordinairement sa souplesse, sa couleur et son humidité, c'est tout au plus si elle se recouvre quelquefois d'un léger enduit blanchâtre ou grisâtre. Dans la période algide, la langue devient pâle ou livide; en même temps elle participe au refroidissement progressif qui s'empare des extrémités; comme celui de ces parties, il est beaucoup plus prononcé que ne semblerait le comporter la température générale du corps appréciée à l'aide du thermomètre placé dans le creux de l'aisselle. Le refroidissement de certaines parties du corps, des membres, du nez, de la langue, des oreilles, de toutes les extrémités en un mot n'est pas dans la proportion de l'abaissement de la température générale; il va bien au delà, il peut y avoir une différence de 10° centigrades et plus entre le degré de chaleur de l'aisselle ou de viscères internes et celui des extrémités. (Briquet et Mignat, p. 303. *Traité du choléra morbus*, 1849). Dans la période de réaction, la langue peut présenter des altérations qui se rattachent ordinairement au mode de terminaison de l'affection et ne présentent rien de particulier. C'est alors qu'elle peut devenir rouge, sèche,

fendillée, etc. Pendant la convalescence, les auteurs que nous venons de citer ont vu quelquefois apparaître sur la langue des plaques de muguet et l'exfoliation de l'épithélium survenir après le dépouillement des enduits.

Dans les pyrexies intermittentes

Dans les fièvres intermittentes simples, cet organe n'éprouve ordinairement qu'un petit nombre de changements.

Dans le stade de frisson, elle se montre le plus ordinairement, humide, nette avec la coloration normale; elle pâlit lorsque le frisson est intense et devient quelquefois bleuâtre et livide dans la fièvre intermittente algide. Dans cette dernière, la langue pourrait éprouver un abaissement réel de température quoiqu'il n'ait été constaté qu'avec la main. « La peau, dit M. Maillot, est aussi froide que le marbre; la langue est pâle, blanche, humide, froide, ainsi que l'air chassé de la poitrine, »

La langue reste le plus souvent naturelle dans le stade de chaleur, elle peut cependant rougir et devenir sèche.

Dans la période de sueur, la langue ne tarde pas à reprendre son aspect normal, si elle l'avait perdu dans l'une des périodes précédentes.

Entérite aiguë.

La langue est presque toujours recouverte d'un large enduit saburral; elle devient assez rapidement

rouge à sa pointe et sur ses bords, rarement dans toute son étendue, sauf à la fin de la maladie.

Entérite chronique.

La langue, rarement recouverte d'un enduit blanchâtre, se dépouille plus ou moins de son épithélium, et l'on aperçoit sur sa face dorsale, sur ses bords et sa pointe quelques papilles rouges et saillantes.

Dyssenterie aiguë.

Les caractères que présente la langue sont en rapport avec l'existence de certaines complications : l'embarras gastrique existe-t-il, la langue est saburrale, l'état bilieux est-il accentué, la langue offre alors un enduit spécial, jaunâtre, en même temps l'inappétence, les nausées, les vomiturations prennent une importance plus grande. Dans les périodes plus avancées de la dysenterie, la langue devient rouge ; plus tard, elle offre une tendance à devenir sèche et même falgineuse.

Dyssenterie chronique.

La langue n'est presque jamais normale, sauf pendant les rémissions plus ou moins passagères de la maladie, ses papilles sont à nu ; elle rougit, se dessèche, devient plus ou moins tardivement falgineuse et finit par se couvrir de muguet.

Kelsch et Kisner, dans leur livre des maladies des

pays chauds, insistent peu sur les caractères de la langue; il semble que la langue, au lieu de présenter des caractères fixes, varie avec les formes si dissimilaires de la maladie.

Rhumatisme articulaire aigu.

La langue est en général large, aplatie, humide et recouverte d'un enduit épais d'un jaune sale, qui s'étend à toute la surface papillaire. Cet organe est humide comme la peau.

Un rhumatisant se trouve donc dans les meilleures conditions pour céder au développement de cet enduit; chaleur, humidité avec acviation suffisante d'une alimentation liquide.

Langue dite rhumatismale de Lasèque. Sous le nom de langue rhumatisante, Lasèque décrivait une langue molle et mince, pâteuse, blanchâtre à sa surface.

Dans quels états morbides observe-t-on cette langue. Notre observation personnelle (Marfan) nous permet d'affirmer qu'elle n'est pas le propre de l'arthritisme; nous l'avons rencontrée chez des individus atteints de sténose nasale qui étaient obligés de respirer par la bouche, chez les dyspeptiques et chez les individus qu'on désignait naguère sous le nom d'arthritiques que M. Lanceraux appelle des herpétiques qui ont des troubles morbides dus au ralentissement de la nutrition (Bouchard) et qui sont en général des héréditaires.

Langue des phtisiques.

Que le patient ait ou n'ait des troubles gastriques, qu'il y ait ou non de la fièvre, la langue est toujours au début de la phtisie nette et humide, comme à l'état normal. D'où cette formule de Lasèque : « Tout patient qui a la langue nette et humide, qui mange de bon appétit et qui a de la fièvre le soir, est un phtisique. »

Dans les périodes terminales, survient une gastrite dont M. Marfan a décrit les lésions dans sa thèse inaugurale (*Troubles et lésions gastriques dans la phtisie*, 1897). Or, cette gastrite, on peut la diagnostiquer presque à coup sûr par l'état de la langue ; la langue devient rouge, sèche, dépouillée, elle acquiert les caractères des phases prodromiques du muguet, et de fait, le muguet germe assez souvent dans la bouche des phtisiques atteints de gastrite.

Diabète sucré (D. vrai),

La langue est sèche, colle au palais dont elle se détache avec peine, quelquefois rouge et fendillée, brunâtre, ses papilles se sont hypertrophiées en certains points pour former comme dans des touffes de poils (langue pileuse) qui tranchent sous forme d'îlots blanchâtres, particulièrement au niveau du V lingual, sur le fond érythémateux. Dans ces papilles allongées qui donnent à certains la sensation permanente d'avoir un cheveux ou fil dans la bouche, s'intriquent

des filaments de leptothrix et parfois des amas des spores d'oïdium albicans.

Nous croyons devoir rappeler que l'état saburral des voies digestives, avec une langue blanche, est parfois le premier signe du coma diabétique.

Goutte.

Certains gouteux se plaignent des douleurs dans l'épaisseur même de la langue, d'autres d'état de sécheresse de la bouche très pénible.

Alcoolisme.

La muqueuse linguale est rouge, d'un aspect érythémateux dans les gastrites ulcéreuses, fendillée, desquamée, avec des papilles saillantes et hypertrophiées.

Urémie.

D'une façon générale, la langue est blanche avec des bords roses ou rouges, et partie centrale épaisse et jaunâtre. D'autres fois, elle est sèche et rappelle la langue urineuse décrite par M. Guyon. Elle peut acquérir une importance clinique plus remarquable encore. On a affaire dans ce cas à la forme pharyngobuccale de l'urémie décrite par M. Lancereaux et étudiée de nouveau par M. Barré sous le nom de stomatite urénique.

Forme aiguë de la fièvre urineuse (premier type de la forme aiguë). — Les troubles digestifs sont constants ou à peu près. Quelques-uns toutefois, constituent une véritable complication.

Toujours vous trouverez nous dit le P^r Guyon, et pendant les jours qui suivent, la langue large et recouverte d'un enduit pultacé. Elle peut d'ailleurs tout en conservant ce caractère suburral, être plus ou moins sèche. Ce dernier point surtout mérite notre attention. L'accès sera d'autant plus sérieux, le pronostic d'autant plus réservé que la langue sera moins humide : lorsque le symptôme de sécheresse est très accusé, il permet de prévoir une défervescence difficile ou même incomplète, l'imminence du deuxième type.

Dans le deuxième type de la forme aiguë. — C'est encore l'appareil digestif qui mérite le plus de fixer l'attention.

La langue devient rapidement rouge et sèche. La rougeur est vive, la salive est épaisse, rare, et souvent ce n'est qu'à grand'peine que vous parviendrez à humecter un papier de tournesol qui vous révélera son extrême acidité. Si les phénomènes s'aggravent, la langue n'est plus seulement rouge et sèche, elle se recouvre de fuliginosités, devient noirâtre, écailleuse et pour ainsi dire cornée. Cet état particulièrement grave ne se montre qu'après quelques jours de durée. Il n'en est de même de la rougeur et de la sécheresse qui souvent s'établissent du jour au lendemain.

Le muguet apparaît avec la même rapidité. On l'observe sur la langue, sur la face interne des joues, mais souvent sur le voile du palais et sur le pharynx.

Dans la forme chronique ou lente de la fièvre urinéuse la langue est saburrale, chargée d'un enduit épais, jaunâtre, surtout prononcé le matin, mais ne disparaissant pas complètement dans la journée.

Infection puerpurale généralisée (grande infection)

La langue est d'abord humide, rouge à la pointe et sur les bords, d'un jaune sale au milieu; au cours normal de la maladie, elle devient sèche et fuligineuse. Elle suit donc l'infection et nous renseigne sur sa marche.

Ictère grave

La langue est ordinairement tremblante, est d'abord épaisse et saburale puis rouge noirâtre et rôtie. C'est la langue du perroquet de la fièvre typhoïde.

Valeur clinique des ictères

La langue est souvent chargée surtout sur la partie postérieure ou la teinte jaune devient brunâtre.

Troubles trophiques

Taches jaunes (xanthélasma). Les plaques jaunes sont très rares sur la langue. Un des plus beaux exemples connus est celui qui est rapporté par le Dr Wickham Leggelès dans les annales de l'hôpital Sainte-Bartolémée (Londres). Le malade était atteint

d'ictère et présentait en outre du xanthélasma aux paupières, à la conjonctive, à la paume des mains, au coude gauche, à l'oreille droite et à la moitié gauche du nez. Sur les bords de la langue de chaque côté existaient des plaques blanches jaunâtres allongées légèrement proéminentes mais, sans induration ; il y avait aussi une tache jaune de même nature sur la ligne médiane de la voûte palatine et une autre près de la veine linguale des plaques de la langue étaient nettement délimitées et variaient de la dimension d'un pois à celle d'une pièce de cinquante centimes. Vers la pointe de la langue, deux de ces plaques étaient le siège d'une légère perte de substance que recouvrait une croûte sanguinolente. Au microscope on constatait à un faible grossissement des trainées noires longues et étroites immédiatement sous la membrane muqueuse et à un grossissement ces trainées noires se montraient sous la forme d'une prolifération de cellules du tissu conjonctif, dont la plupart avait subi la dégénérescence graisseuse ce qui n'est d'ailleurs que la reproduction des lésions que l'on trouve dans la peau.

Maladie d'Addison

Les Addisonnières peuvent présenter des taches noires sur la muqueuse linguale, taches qui accompagnent la mélanodermie et l'abattement physique, symptôme cardinaux de l'affection, Mais dans les cas frustes, où la clinique pourrait faire croire à la néurasthésie pure, la présence des taches pygmentées sur la langue peut réformer le diagnostic.

Hémorragie cérébrale

Dans le diagnostic si souvent difficile entre l'hémorragie et le ramolissement cérébral, l'inspection de la face inférieure de la langue en montrant de petits anévrysmes maxillaires des autres sublinguales, vient souvent éclairer la clinique et éliminer le ramolissement.

IV

Indications thérapeutiques et de pronostic tirées de l'examen de la langue.

Nous passerons rapidement sur ce chapitre car il serait nécessaire pour le traité de comparer les caractères de la langue aux autres symptômes tirés de l'examen du malade. Ceci nous forcerait à décrire toutes les maladies dont nous avons parlé et nous forcerait sans utilité à sortir des causes que nous nous sommes tracées. De plus on a vu au cours de cet étude ce sont surtout des indications cliniques que fournit l'examen de la langue.

C'est en précisant le diagnostic, on lui fournit pour des éléments importants que l'examen de la langue retentit sur la thérapeutique.

Nous avons déjà parlé de l'importance que présente au point de vue du pronostic la disposition des signes pathologiques de la langue.

Il faut admettre que lorsque la langue a un aspect spécifique dans la scarlatine par exemple, elle indique la marche de l'affection. Dans les cas d'infection où les caractères de la langue dépendent non de la nature de l'affection mais de son intensité, l'apparition de la sécheresse est un fait grave. Mais la langue rôtie, dure, écaillée, impotente pour ainsi dire est un élément grave, et la persistance de ce signe permet de porter un pronostic fatal que l'événement ne tarde pas à réaliser.

*Recherches microscopiques sur la langue
pathologique*

Nous arrivons à un chapitre de notre travail sur lequel nous avons fondé de grandes espérances, et qui pour le moment ne nous a donné aucun résultat. Dans des séries de recherches nous avons voulu déterminer la nature des exsudats et leur flore microbienne. Au point de vue de la nature, nous avons vu que les exsudats de la langue comprenaient des cellules épithéliales desquamées, des exsudats de fibrine, le tout entremêlés de leptothix buccalis. Lorsque la langue devient rôtie les éléments altérés ne sont plus excessibles au microscope.

Nos recherches bactériologiques sont très négatives, mais nous les continuerons.

S'il est évident que l'on peut décéler le streptocoque ou le pneumocoque dans la bouche des individus sains en employant des milieux de culture spéciaux, en particulier pour le pneumocoque le sérum liquide de lapin joue ainsi que l'ont montré Widal et Besançon, à la Société médicale des hôpitaux (1894) et à la Société de biologie, il sera peut-être possible de modifier les milieux de façon que stériles en cas de santé, ils nous permettent en cas de pneumonie centrale par exemple de décéler le pneumocoque.

Nous n'insisterons pas davantage sur nos recherches encore négatives.

CONCLUSIONS

1° La langue, facile à examiner, reflétant dans son aspect extérieur certaines affections reste une source très riche de renseignements cliniques.

Il faut toutefois se mettre en garde contre les variations physiologiques.

2° Les modifications de la langue ont une valeur pour ainsi dire spécifique dans la fièvre thyphoïde, la scarlatine. Elles permettent de reconnaître les cas frustes de pneumonies des vieillards. La coloration jaune de la face inférieure permet de dépister des cas d'ictères frustes.

3° Dans presque toutes les maladies infectieuses la langue suit dans ces caractères l'évolution de la fièvre et de l'infection. Elle permet de juger la gravité de l'atteinte portée à l'organisme, de prévoir la mort ou la guérison.

Les caractères négatifs de la langue sont un des bons moyens de reconnaître la grippe.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

C. POTAIN.

VU : LE DOYEN, BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Dictionnaire Jaccoud.** — *Dechambre et Chomel.*
Gabler. — *Dictionnaire encyclop. des Sciences médicales.*
Traité de Médecine. — *Charcot, Brouardel, Debove.*
Grancher, Comby, Marfan. Traité des maladies de l'enfance.
Jaccoud. — *Pathologie interne et leçons de clinique médicale.*
Trousseau. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.*
Peter. — *Leçons de clinique médicale.*
Rendu. — *Leçons de clinique médicale.*
Lancereaux. — *Leçons de clinique médicale.*
Dieulafoy. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.*
Grisolle. — *Traité de la pneumonie.*
Lasèque. — *Notes sur la séméiologie de la langue. Arch. gén. de médecine, Paris, 1882.*
Piorry. — *De la langue considérée sous le rapport du diagnostic. J. hebdom. de méd., Paris, 1829.*
Faisan. — *Langue grippale. Bulletin méd., 28 mai 1893.*
Damaschino. — *Leçons sur les maladies des voies digestives.*
Guyon. — *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.*
Kelsch et Kiener. — *Traité des maladies des pays chauds.*
Laveran. — *Traité du paladisme.*
Moyrac. — *Essai séméiologique sur l'état de la langue dans les maladies aiguës. Paris, 1803.*
Dupuy. — *Dissertation sur les signes tirés de l'inspection de la langue dans les maladies en général. Paris, 1813.*
Reignère. — *L'état de la langue est-il l'indice fidèle de celui de l'estomac ou de l'intestin. Paris, 1824.*
Rodier. — *Des colorations de la langue considérées comme signes. Paris, 1836.*
Gros. — *De la valeur des signes diagnostiques fournies par l'inspection de la langue. Gazette hebdomadaire de méd., 1862.*
Gillot. — *Des dilatations ampullaires des petits vaisseaux de la langue et de leur valeur séméiologique. Union méd. Paris, 1888.*
Hawyck. — *Exanthème buccal (signe de Koplix). Presse. méd. 1898, 23 juin.*

BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE DEVERDUN ET JAGUIN
